

山県市長 様

関係書類を添えて、次のとおり不妊検査費の助成を申請します。

		フリガナ 氏 名	生 年 月 日
対 象 者	夫		年 月 日 ( 歳 )
	妻		年 月 日 ( 歳 )
	住所	〒	電話 ( )
	※1夫と妻の住所が異なる場合は記入	〒	電話 ( )
申 請 額      金 _____ 円			
申請の適正を判断するために、必要な場合は、山県市が保有する情報の利用、山県市以外の自治体に対する申請（助成）に係る情報の照会及び提供並びに医療機関に対する検査内容等の照会について、同意します。 また、本申請に係る夫婦の市税に関する税務資料の閲覧についても承諾します。			
※2 申 請 者 氏 名    (自署) _____  申請者の配偶者氏名    (自署) _____			
過去の助成の有無等 ( 該当する箇所に○を付けるか、又はご記入ください。 )	過去に、山県市以外の市町村から不妊検査にかかる助成を受けたことがありますか。(現在申請中のものも含みます。)  ない ・ ある (ある場合、自治体名 _____ 助成の時期 _____ 年 _____ 月)		

注)太線の中をご記入ください。

※1 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

※2 申請者は、山県市に住民票がある夫又は妻が署名押印してください。

- (添付書類)
1. 山県市不妊検査費受診等証明書(様式第2号)
  2. 不妊検査を受けた医療機関発行の領収書
  3. 夫及び妻の住所を確認できる書類